

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE HIJOS A PÓLIZA

(Para pólizas inscritas antes de Diciembre de 2013)



IMPORTANTE: Documento debe ser escrito de puño y letra del contratante del seguro

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	
ROL	

1. Antecedentes del Asegurado Titular	
Nombre:	
Rut:	Fecha de Nacimiento:     /     /
Edad:	E-mail:
Domicilio:	Ciudad:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:

2. Antecedentes de la(s) Póliza(s):			
N. de póliza(s)	Plan		
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida

3. Antecedentes de los Hijos a Incluir en la(s) Póliza(s):			
Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado de Salud
1		años	
2		años	
3		años	
4		años	
5		años	

**CAPITAL SUSCRITO:** Mutual Familiar Flexible. El Capital a Suscribir debe encontrarse entre el 20% y el 100% del Capital Base. Mutual Mujer Protegida (50% del Capital Base). Protección Múltiple Reajutable (20% del Capital Base)

**COBERTURA:** Protección Múltiple Reajutable: Hijos desde los 90 días hasta los 21 años de edad. Mutual Mujer Protegida, Mutual Familiar Flexible: Hijos desde los 30 días hasta los 24 años de edad.

4. Detalle Asignación de Capital Asegurado Mutual Familiar Flexible	
Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno	Capital a Suscribir
1	U.M.
2	U.M.
3	U.M.
4	U.M.
5	U.M.

5. Antecedentes Médicos		
Pregunta	Sí	No
1. ¿Ha estado su hijo(a) hospitalizado o en tratamiento médico o quirúrgico en alguna oportunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padece ceguera, sordera, cojera o algún otro tipo de invalidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad al Corazón, Cáncer, Diabetes, Obesidad, Hipertensión, Cirrosis Hepáticas, Hemiplejia, Sida u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continúa al dorso) ↘



600 626 7311



+56 9 3783 0823



www.mutualdeseguros.cl



contacto@mutualdeseguros.cl



# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE HIJOS A PÓLIZA

(Para pólizas inscritas antes de Diciembre de 2013)



Si usted ha contestado Sí a alguna de las preguntas, favor detalle más antecedentes en este espacio (Nombre Hijo y Enfermedad):

Declaro estar en conocimiento que la ocultación u omisión por mi parte de antecedentes personales y de salud de él o los hijos que deseo incorporar, pueden originar la nulidad de su inclusión.

La incorporación de los hijos y la fecha en que entran en vigencia sus coberturas, queda sujeta a la aceptación expresa de Mutual de Seguros de Chile, y en tal caso se indicará en el Certificado de Modificación de póliza.

Deseo recibir el Certificado de Modificación en:

Domicilio

Agencia:

**IMPORTANTE:** Adjuntar copia de Cédula de Identidad por ambos lados y Certificado de Nacimiento, en donde se indique el nombre de ambos padres.

Fecha:     /     /

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA  
ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_  
V° B° FUNCIONARIO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE AGENCIA

## USO EXCLUSIVO MUTUAL

**Determinación Médico Jefe:** Aprobado:  Sí  NO Fecha Emisión:     /     /

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE MÉDICO JEFE



600 626 7311



+56 9 3783 0823



[www.mutualdeseguros.cl](http://www.mutualdeseguros.cl)



[contacto@mutualdeseguros.cl](mailto:contacto@mutualdeseguros.cl)

